



**Verónica Vargas Pompa**

**Méd. Laura Blasi Pineda.**

**Supervisión de casos clínicos.**

**CASOS CLÍNICOS DE ANSIEDAD.**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**IX Cuatrimestre “A”**

Tapachula, Chiapas a 15 junio del 2020.

## **Casos clínicos.**

### **Caso 1**

La paciente es una mujer de 33 años. Es casada y trabaja como secretaria en el estudio de abogacía de su esposo. Motivo de consulta: visitó una clínica especializada en ansiedad, después de leer en una revista un artículo sobre la hipocondría. Durante los años previos se había sometido a numerosos exámenes médicos porque creía que estaba teniendo una afección cardíaca. El problema comenzó después de dar a luz a su único hijo. Durante una clase de gimnasia postparto de pronto notó un incremento en los latidos de su corazón. Sentía puntadas fuertes en su pecho y tenía dificultad para respirar. Comenzó a transpirar y temblar, se sintió mareada, sentía un hormigueo en su brazo izquierdo y temió morir de un ataque al corazón. Inmediatamente dejó al bebé en la clase y fue a la sala de urgencias para que la atiendan. Se le hizo un electrocardiograma, pero no se le detectaron anomalías. Desde entonces tiene crisis de ese tipo durante 15-30 minutos alrededor de cuatro veces por mes. Solía pedir ayuda y buscó consejo médico. Durante diez años ha tenido demasiados exámenes médicos, cada uno asegurándole que no tenía ninguna enfermedad física. Después de las primeras crisis, comenzó a tener miedo de tener una lejos de su casa o estando en lugares donde no se puede conseguir asistencia médica. La paciente sólo sale de su casa si lleva su teléfono celular, lo que le permite comunicarse con el servicio de emergencia si fuera necesario. Aún de esa manera evita lugares aglomerados, shoppings y cines donde no podría escapar rápidamente. Los ataques han continuado, pero ocurren en los lugares donde ella más teme. Reconoce que tanto los síntomas como su manera de evitarlos son poco razonables y excesivos, pero de todas maneras han dominado su vida. Se siente medianamente deprimida, inquieta y tiene dificultad para dormir. Se siente insegura y también tiene dificultad para concentrarse. Inicialmente la paciente fue tratada con una variedad de beta bloqueantes para el "eretismo cardíaco". Su médico de familia le prescribió diazepam, y ha tomado 5mg tres veces por día durante los últimos ocho años, pero con escaso resultado.

Antecedentes: La paciente creció en una gran ciudad. Su padre era empleado público y su madre era maestra. Tenía un hermano dos años menor, ingeniero. Dejó la escuela secundaria para asistir a un instituto para secretarias y más tarde trabajó como secretaria en una firma de abogados. A los 22 años se casó con un abogado diez años mayor que ella, y al año siguiente tuvo un hijo. Debido a sus crisis dejó su trabajo de tiempo completo y comenzó a trabajar medio día para su marido. Tienen buenos ingresos y tienen un buen nivel de vida. La paciente se describió a sí misma como de “tipo tranquila, pero nerviosa” y aunque a veces se sentía tensa y aprensiva en situaciones inusuales. Siempre fue tímida, sensible a las críticas y reacia a las relaciones con otras personas, a menos que las conociera bien.

Desde su infancia tuvo temor a las situaciones de riesgo y como resultado desarrolló miedo a viajar en aviones y tuvo dificultad para conseguir su licencia para conducir. Siempre ha sido insegura y tiene tendencia a sentirse inferior a otras personas. Su humor ha sido inestable y con tendencia a reacciones depresivas cuando tiene que enfrentar decepciones o críticas. Su padre fue descrito como introvertido y con poco humor, pero no tuvo contacto con servicios psiquiátricos. Una de sus hermanas fue internada en una sala de psiquiatría por “nervios”, los que posiblemente representaban episodios de depresión. En su infancia la paciente era considerada como de constitución débil. Parecía resfriarse a menudo y tuvo gripe varias veces. Tuvo licencia por enfermedad en repetidas ocasiones por malestares pasajeros, dolores de estómago, o dolores por tensión en su cuello y espalda. Los exámenes médicos nunca encontraron ningún tipo de perturbación somática. Su único embarazo fue sin complicaciones excepto por una leve preeclampsia algo antes del parto, y que fue tratada con éxito. Su presión arterial es normal y no se detectó ningún mal funcionamiento cardíaco.

Datos actuales: La paciente no parecía deprimida, pero estaba tensa y hablaba muy rápido como si tuviera alguna urgencia. Describía sus problemas vívidamente, en forma espontánea, y parecía querer lograr la ayuda del facultativo. Impresionaba como inteligente y no se detectaron síntomas psicóticos. El examen físico, incluyendo la evaluación neurológica, no revelaron ningún problema somático. Los

ECG, EEG y exámenes serológicos dieron resultados normales y no se detectaron anomalías de la función tiroidea.

### **Conclusión.**

Esta paciente no tiene un trastorno hipocondríaco como ella presume. Su miedo recurrente de tener un ataque cardíaco no era una creencia persistente sino parte de los síntomas de crisis de pánico, los cuales aparte de miedo a morir de un ataque al corazón, también presentaban: palpitaciones, sudoración, dolor de pecho, dificultad para respirar, mareos y sensaciones de hormigueo. Los ataques de los cuales sufría cuatro por mes comenzaron abruptamente y de forma discreta con una duración de 15 a 30 minutos. Por lo tanto, cumple con los criterios de trastorno de pánico de moderada severidad.

Eventualmente la paciente desarrolló miedo y evitó los lugares aglomerados, al igual que viajar sola sin su teléfono móvil. Sus ataques de pánico ocurrían regularmente en dichas situaciones. Ello responde a los criterios de agorafobia. Esto sobrepasa e incluye el trastorno de pánico, por lo que el diagnóstico es agorafobia con trastorno de pánico. Durante un tiempo la paciente se sintió medianamente deprimida. ¿Es posible que hubiera tenido un trastorno afectivo, depresivo que sobrepasó la agorafobia? La respuesta debe ser negativa porque un episodio depresivo, aún de grado leve, requiere por lo menos dos síntomas depresivos típicos, pero esta paciente sólo muestra un humor ligeramente depresivo. Por lo tanto, aún cuando tiene tres síntomas depresivos accesorios (inseguridad, inquietud, y dificultad para dormir), su enfermedad no puede categorizarse como episodio depresivo leve. No se sospecha de etiología orgánica o consumo de sustancias psicoactivas. La paciente se describió a sí misma como habitualmente ansiosa y evasiva, pero no con una intensidad lo suficientemente penetrante o persistente como para justificar un diagnóstico de trastorno de la personalidad.

Diagnóstico Agorafobia, con trastorno de pánico.

Terapia de la depresión; modelo cognitivo-conductual

## Caso 2

La paciente es una alumna de escuela secundaria de 17 años. Motivo de consulta: Durante los últimos seis meses, la paciente comenzó a tenerle tanto terror a la escuela que se la derivó a un servicio de psiquiatría para la consulta externa. Cada vez que la profesora le hacía una pregunta en la clase, se le confundía todo. Su corazón comenzaba a latir más fuerte y se mareaba tanto que tenía la sensación de que se iba a desmayar. Dejó de participar en el coro de la escuela. Durante cuatro meses antes de la derivación no había podido reunirse con otros estudiantes para almorzar en la cafetería porque se sentía terriblemente ansiosa. Temblaba de arriba abajo y tenía tanto miedo de perder el control de su vejiga, que en ocasiones anteriores había tenido que irse en la mitad del almuerzo. Los últimos dos meses se había sentido progresivamente infeliz y perdió todo interés en la escuela. Se sentía muy cansada, especialmente a la mañana y le costaba mucho concentrarse. Su nivel en la escuela decreció mucho. Dormía poco y se despertaba por lo menos dos horas antes de lo que necesitaba para levantarse. Nunca tuvo gran apetito, pero los últimos meses éste se había deteriorado más aún. Sentía que su futuro era deprimente y varias veces deseó estar muerta. Su momento más feliz era la tarde cuando habían pasado los problemas diarios y estaba sola en su habitación.

Antecedentes: La paciente nació y creció en un pequeño pueblo donde su padre era albañil. Vive con sus padres y tiene cuatro hermanos y hermanas menores. Tiene dormitorio propio. Describió la relación de sus padres como armoniosa, aunque su padre solía estar enojado de vez en cuando con su esposa porque era demasiado sobreprotectora con la paciente. La niña se desarrolló normalmente durante su infancia y se mostró feliz y sociable hasta los 14 años. Desde ese entonces, pareció cambiar. Se volvió progresivamente tímida y preocupada por saber lo que los demás pensaban de ella. Siempre se sintió como si se estuviera escondiendo de los otros. Se sentía inferior, no tenía confianza en sí misma y tenía miedo de actuar de forma rara o tonta. A los 15 años comenzó a asistir a una escuela secundaria en un pueblo vecino y logró resultados razonables hasta cinco meses antes de ser derivada al servicio de consulta externa. Desde el comienzo de la escuela secundaria se sentía

incómoda cuando debía estar con otros estudiantes. Nunca pudo hacer amigos íntimos. Siempre fue de pequeña estatura para su edad y nunca comió muy bien. A los 15 años recibió un tratamiento con hormonas porque sus menstruaciones eran irregulares. De acuerdo a su mamá, una de sus tías también era muy nerviosa y tímida y fue internada en un servicio psiquiátrico por depresión.

Datos actuales: La paciente era de contextura frágil y pequeña. Al principio del examen se sonrojó y estaba tensa, se mostraba tímida y reticente. Más tarde, sin embargo, se volvió más segura y relajada. Impresionaba como anhedónica, pero no deprimida. No había sentimientos de reproche personal, inhibición psicomotriz, ni signos de pensamiento desordenado o características psicóticas. No se observaron intentos de tomar ventaja, llamar la atención de forma neurótica o tendencia a dramatizar. Admitió, aunque dubitativamente, que sus temores eran excesivos.

Conclusión: Esta paciente sufrió durante medio año un marcado temor a ser el foco de atención, y miedo a comportarse en forma embarazosa, evitando situaciones donde ella temía que eso pasara. En las situaciones temidas sufría síntomas de ansiedad, tal como palpitaciones, mareos, temblor y miedo a una micción involuntaria. Estos síntomas son característicos de ataques de pánico. Sin embargo, un ataque de pánico que ocurre en una situación de fobia establecida se considera como expresión de la severidad de la fobia, a la que debe dársele precedencia diagnóstica. Los síntomas estaban restringidos a las situaciones temidas. La paciente se sentía desesperada por sus síntomas y reconocía que sus temores no eran razonables. Todos estos síntomas se encuadran bien en el diagnóstico de fobia social. Durante los últimos dos meses la paciente también respondía a los criterios de episodio depresivo, con estado de ánimo deprimido, pérdida de placer, cansancio, falta de confianza en sí misma, pensamientos de muerte recurrentes, dificultad para concentrarse, y perturbación del sueño. Cuando los síndromes ocurren simultáneamente, puede debatirse cuál de los diagnósticos se prefiere como principal. Si son completamente simultáneos, se puede optar por un orden jerárquico, dando preferencia al diagnóstico con el código más bajo.

Si uno de los síndromes es claramente primario y comenzó un tiempo considerable antes que los otros (los que pueden ser considerados como reacción al primero), entonces el diagnóstico del síndrome primario se prefiere como el principal. Si esta paciente hubiera sido mayor de 17 años, la presencia de una perturbación de la personalidad hubiera sido considerada, sin embargo, como no sabemos si las características personales continuarán en la adultez, no debe hacerse este diagnóstico.

Diagnostico fobia social con diagnóstico subsidiario episodio depresivo moderado, sin síndrome somático.

Terapia de la depresión; modelo cognitivo-conductual

### **Caso 3**

El paciente tiene 24 años, es soltero y trabaja de empleado. Vive solo. Motivo de consulta: Durante casi dos años, el paciente ha sufrido de tensión y le resultaba imposible relajarse. Ocasionalmente se lo derivó a una clínica psiquiátrica como paciente externo porque estaba tenso y preocupado, no podía dormir y estaba lleno de sentimientos de inferioridad. A menudo se sentía aprehensivo, tenía palpitaciones y comenzaba a temblar sin una razón aparente. No podía concentrarse y se irritaba fácilmente. A la noche sus constantes preocupaciones lo mantenían despierto. En particular se preocupaba por su aptitud sexual. Tenía miedo de no poder desempeñarse sexualmente si se casaba. A los 14 años, estando de visita en la casa de unos amigos, había espiado en el dormitorio de la hermana mayor de su amigo cuando ella se estaba cambiando. Al ver a la joven de 19 años en ropa interior se excitó inmensamente y a menudo recordaba la experiencia. Desde entonces hacía lo imposible para espiar mujeres cuando se cambiaban o bañaban. Cada vez que lo hacía se excitaba y se masturbaba. El miedo a ser encontrado lo llevaba a hacerlo rápidamente, lo que aumentaba su excitación. A los 22 años estuvo con una prostituta por primera vez y después siguió haciéndolo bastante regularmente. Sin embargo, en los meses anteriores a la consulta no pudo lograr la erección, lo que al principio lo hizo sentir ansioso y luego lo sintió que era inferior. Estaba incómodo en compañía de mujeres y creía que no sería capaz de casarse. Comenzó a evitar a sus amigos y se mantuvo solitario en sus ratos libres, aunque continuó trabajando.

Antecedentes: El paciente era el tercero de tres hijos de un taxista. Sus dos hermanos mayores fueron bastante exitosos en la escuela y en sus carreras. Él aprobó la escuela secundaria con notas normales y a los 18 años comenzó a trabajar como empleado en una empresa de su tío. Luego, se mudó a vivir solo. Antes de su enfermedad el paciente era considerado sociable y extrovertido. En la escuela, y más tarde en el trabajo se llevaba bien con sus compañeros. Tenía muchos amigos, pero no amigos íntimos. Era físicamente normal y no tenía ninguna

enfermedad seria. Tampoco había información sobre alguna enfermedad mental o trastornos de conducta en su familia directa.

Datos actuales: Al ser examinado estaba tenso. No quería hablar de su comportamiento sexual pero aparte de ello era educado y cooperaba bien. Su estado de ánimo era neutral y tenía respuestas emocionales adecuadas. No se sospecharon síntomas psicóticos. A medida que la entrevista avanzaba, comenzó a hablar más y a referirse a su sentimiento de inferioridad. Parecía estar preocupado por sus experiencias de impotencia. Los exámenes físicos, incluyendo el neurológico no revelaron anomalías.

Conclusión: El paciente responde a los criterios de trastorno de ansiedad generalizada con sus largamente presentes preocupaciones y tensiones, y con más de cuatro síntomas característicos que incluyen síntomas autónomos. No hay razón para pensar que sus síntomas tengan una etiología orgánica o que sean el producto de algún otro trastorno físico o mental. Desde la adolescencia, el paciente presentó síntomas típicos de voyeurismo, una perturbación de índole sexual. Esto se complicó con un mal funcionamiento sexual no orgánico que se manifestó como impotencia eréctil. Aun cuando el trastorno sexual era aparentemente primario y los otros trastornos pueden ser considerados secundarios, el principio jerárquico de la CIE-10 da precedencia a desórdenes que tienen un más bajo valor F -en este caso el trastorno de ansiedad generalizada.

Diagnostico trastorno de ansiedad generalizada y como diagnósticos subsidiarios: fracaso de la respuesta genital, escoptofilia (Voyeurismo).

Terapia de la depresión; modelo cognitivo-conductual

Para los 3 casos se llevaría una terapia de la depresión; modelo cognitivo-conductual con la finalidad de detectar identificar cuáles son los pensamientos y acciones que influyen en el estado de ánimo para aprender a tener un mayor control sobre los sentimientos. La terapia se divide en tres temas, cada uno trabajado en cuatro sesiones.

Se establece el horario semanal de las sesiones, las reglas de las mismas y se explica claramente el tema de la confidencialidad.

Módulo I: Pensamientos (sesiones 1-4) (Cómo tus pensamientos afectan tu estado de ánimo) El propósito principal de este módulo es presentar información de cómo los pensamientos influyen sobre el estado de ánimo. Se establece el horario semanal de las sesiones, las reglas de las mismas y se explica claramente el tema de la confidencialidad. La primera sesión introduce el tema de la depresión y se fomenta que comparta sus historias sobre cómo ha experimentado la depresión. Una vez se discute este tema, la terapeuta presenta el propósito del primer módulo: cómo los pensamientos afectan el estado de ánimo. Se inicia esta parte de la sesión definiendo y aclarando el concepto pensamientos a través de ejemplos provistos por la terapeuta y el/la participante. En las próximas tres sesiones se trabaja con los diferentes tipos de pensamientos que experimenta una persona que se encuentra deprimida y cómo los mismos pueden modificarse. Se realizan una serie de ejercicios que permiten la identificación de los errores de pensamiento. El diseño de la tercera sesión cumple con el propósito de proveer 5 técnicas para aumentar los pensamientos positivos al disminuir los pensamientos no saludables, trayendo como consecuencia una reducción a la sintomatología depresiva.

Módulo II: Actividades (sesiones 5-8) (Cómo tus actividades afectan tu estado de ánimo) El propósito principal de este módulo es que él o ella logre identificar alternativas, actividades y metas que le permitan tener mayor control sobre su vida de tal forma que logre superar su estado de ánimo depresivo.

Durante las sesiones se trabaja la definición de “actividades placenteras” y los obstáculos a los que se enfrentan para disfrutar de las mismas. De igual forma, este

módulo contempla la discusión del manejo del tiempo y cómo planificar y alcanzar metas.

Módulo III: Relaciones Interpersonales (sesiones 9-12) (Cómo tus relaciones interpersonales afectan tu estado de ánimo) Se realizan ejercicios que enfatizan la importancia de la comunicación asertiva y el desarrollo de destrezas que permitirán el establecimiento de relaciones satisfactorias. El proceso terapéutico culmina reconsiderando e integrando los temas principales de cada módulo.

Finalmente, se realiza una evaluación del progreso alcanzado junto a los logros y las fortalezas. Se discuten recomendaciones.